# ZDROWIE I ŻYCIE

DZIENNIK URZĘDOWY IZBY ZDROWIA W GENERALNYM GUBERNATORSTWIE

Numer 13 (81). Rocznik III. Kraków, 29. 3. 1942 r.

Redaktor: Dr med. Werner Kroll, Kraków, Krupnicza 11a, tel. 10524. — Wydawnictwo: Gesundheitskammer, Kraków, Krupnicza 11a, tel. 10524. — Odpowiedzialny za dział ogłoszeń: W. von Würzen, Kraków, Krupnicza 11a. — Rachunek bankowy: Gesundheitskammer — w Creditanstalt-Bankverein, Kraków, Adolf-Hitler-Platz, róg Szewskiej. — Pocztowe konto czekowe: Warszawa 73. — Adres telegraficzny: Gesundheitskammer, Kraków. — Prenumerata Zł. 3.— miesięcznie. Wszystkie urzędy pocztowe przyjmują zamówienia. — Czasopismo ukazuje się co tydzień.

Artykuły dla części redakcyjnej nadsyłać wyłącznie pod adresem: Redakcja „Zdrowie i Życie", Kraków, Krupnicza 11a, lub do Oddziału Warszawskiego, Warszawa, Koszykowa 37 (Okręgowa Izba Zdrowia). Rękopisy nadsyłać można bądź to w języku polskim, bądź to niemieckim. — Korespondencję w sprawie ogłoszeń, zwłaszcza ogłoszeń pod szyfrą, kierować wyłącznie: Wydawnictwo Gesundheitskammer, Kraków, Krupnicza 11a.

Nie zamówione rękopisy zwraca się tylko w wypadku dołączenia opłaty pocztowej w odpowiedniej wysokości.

TREŚĆ: Str.

O żółtaczce zakaźnej, czyli chorobie Weila

Napisał Dr. Władysław Szumowski, Kraków.

W jednym z następnych numerów będą opisane dwa przypadki żółtaczki zakaźnej, obserwowane latem w r. 1941 na oddziale zakaźnym szpitala św. Łazarza w Krakowie. Ponieważ choroba ta jest rzadka, a równocześnie ciężka (daje 10—20% śmiertelności, albo długotrwałą rekonwalescencję), podajemy tutaj na życzenie redakcji potrzebne o niej wiadomości.

Choroba ta jest znana już z górą pół wieku, opisał ją bowiem lekarz niemiecki Weil jeszcze w r. 1886, przypuszczając na podstawie objawów jedynie 4-ch obserwowanych przypadków (obrzęku śledziony, żółtaczki i zapalenia nerek), że może to jest nowa jednostka chorobowa zakaźna *sui generis*. Nie wykluczał zresztą, że obserwowane przypadki może są jedynie wyrazem nieprawidłowego przebiegu jakiegoś tyfusu, do którego żółtaczka zakaźna bywa niekiedy podobna.

Od tej pory przybyło dużo spostrzeżeń klinicznych, a nadto autorzy francuscy zwrócili uwagę, że to co u nich opisywano pod nazwą „tyfusu wątrobowego" („typhus hépatique") mogłoby również odpowiadać chorobie Weila.

Upłynęło jednak blisko 30 lat, zanim uczeni niemieccy i japońscy zdołali wykryć około r. 1915, podczas pierwszej wojny światowej, gdy żółtaczka zakaźna szerzyła się epidemicznie, że przyczyną choroby jest swoisty drobnoustrój, krętek, *spirochaete*, który da się przenieść na świnkę morską, zakażając ją podobną zupełnie chorobą.

W ten sposób zostało dowiedzionym, że choroba Weila jest swoistą jednostką chorobową, zależną od swoistego drobnoustroju.

Ale dalsze spostrzeżenia, zwłaszcza obserwacje przypadkowych zakażeń laboratoryjnych, wykazały, że żaden z opisywanych dotąd objawów choroby nie jest stały, ani obrzęk śledziony, ani zapalenie nerek, ani nawet żółtaczka, uważana dotąd za najbardziej typową. W niektórych epidemiach w 30—40% przypadków nie ma żółtaczki. W ten sposób i nazwa choroby *„icterus haemorrhagicus"* okazała się nieścisła. To też dzisiaj, gdy chcemy być bardzo ściśli, możemy mówić o *„spirochaetosis ictero-haemorrhagica"*, czyli „krętkowicy żółtaczkowo-krwotocznej".

Wykryty krętek *„spirochaete ictero-haemorrhagiae"* jest podobny, z grubsza biorąc, do krętka kiły, ale w szczegółach występują różnice. Jest to cienka niteczka spiralna (leptospira), której długość odpowiada mniej więcej średnicy dwóch czerwonych ciałek krwi, zagięta na biegunach w postaci haczyków, zakończonych zgrubieniem. Zgrubienia widać również i wzdłuż skręconej nitki, skąd niektórzy autorowie mówią o *spirochaete nodosa*. W przeciwieństwie do krętków kiły lub duru powrotnego, krętek żółtaczki nie wykazuje regularnych skrętów, lecz jedynie drobne skręty, pozostające bez zmiany podczas ruchów drobnoustroju. Zobaczyć go bezpośrednio we krwi jest bardzo trudno i możliwe jest tylko w pierwszych dniach choroby. Udaje się to niekiedy drogą odwirowania surowicy i obejrzenia osadu pod mikroskopem w ciemnym polu. Wykrycie bezpośrednie krętków w moczu udaje się również niekiedy drogą odwirowania osadu moczowego i obejrzenia go albo pod ultramikroskopem, albo pod mikroskopem zwykłym po zabarwieniu uprzednim preparatu związkami srebra lub metodą Giemsy. Wobec tego, że krętki przechodzą zwykle do moczu dopiero w drugim tygodniu, najlepszym okresem dla wykonania tego badania jest trzeci tydzień choroby.

Można też otrzymać hodowlę krętka na sztucznej pożywce. W tym celu bierze się surowicę krwi królika i rozcieńcza 20—30 razy. Najodpowiedniejszą temperaturą jest ciepłota 30° C.

W przyrodzie krętek ten występuje, poza człowiekiem, często u szczurów, u których jednak jak się zdaje nie wywołuje wyraźniejszych objawów chorobowych. Badacze japońscy wykryli krętka w znacznym odsetku (30%) szczurów dzikich w Japonii. W Tunisie znaleziono — w 28%, w Berlinie — w 10%, w Anglii — w 9%, w Nowym Yorku — w 8%, w Warszawie w 10%. Krakowskie szczury nie były pod tym względem badane.

Szczury wydzielają krętki w znacznej ilości z moczem, zakażając w ten sposób rzeki, ścieki, kałuże, wody stojące, rowy, okopy, kopalnie, rzeźnie. Znaleziono krętki także u psów i kotów. Występują one niekiedy również w błotach wód gnijących i w szybach niektórych kopalń, ale nie jest pewne, o ile i te krętki zawsze są zjadliwe dla ludzi.

Zakażenie człowieka następuje albo w kąpielach rzecznych, albo w warunkach życia i pracy żołnierzy w okopach, robotników kanalizacyjnych, górników, robotników ziemnych, gałganiarzy, rzeźników, garbarzy. Niekiedy choroba rozwija się po jakimś przypadkowym połknięciu zanieczyszczonej wody. Możliwe jest zakażenie również przez każdy zanieczyszczony pokarm. Zachorowują najczęściej mężczyźni, młodzi, silni, w wieku od 20—40 lat.

Choroba Weila na ogół jest rzadka, występując sporadycznie lub w małych epidemiach, najczęściej latem. Najwięcej przypadków obserwowano w Japonii i w północnej Francji, mniej w Niemczech i w Polsce. Zauważono, że w miarę zwiększania się plagi szczurów, zwiększa się równocześnie ilość przypadków choroby Weila. W r. 1935 panowała większa epidemia w Paryżu. Japończycy stwierdzili, że choroba szerzy się u nich przez silnie zawodnione kopalnie węgla i przez pola ryżowe, które otrzymały nawóz. Zakłady kąpielowe, nie mające dosyć czystej wody, mogą się przyczyniać do szerzenia się choroby.

Wrotami zakażenia jest jama ustna, przewód pokarmowy, błona śluzowa nosa, może także skóra zmacerowana lub zraniona. Znane są przypadki zakażenia laboratoryjnego po przypadkowym opryskaniu twarzy materiałem zakażonym. Możliwe jest także zakażenie przez zetknięcie się z moczem chorego, w którym są krętki. W inny sposób z chorego na zdrowego choroba się nie przenosi. Podejrzewano naturalnie, że może jakieś owady grają rolę przy przenoszeniu choroby, staranne badania jednak wykazały, że owady nie odgrywają tutaj żadnej roli.

Okres wylęgania choroby trwa 5—14 dni, przebiegając zupełnie bezobjawowo. Choroba zaczyna się nagle, zwykle gwałtownymi dreszczami, gorączka szybko się podnosi do 39—40°, występują ciężkie objawy ogólne, niekiedy odurzenie z bredzeniem. W niektórych przypadkach chory miewa nudności i wymioty, często przyłącza się biegunka.

Tym objawom towarzyszą bóle mięśniowe, które wkrótce wysuwają się na plan pierwszy. Są one teraz tak gwałtowne, że chory nie pozwala po prostu dotknąć się mięśni i krzyczy z bólu w razie dotknięcia. Zwłaszcza bolesne są mięśnie łydek, lędźwi i ud, rzadziej ramion, karku, klatki piersiowej i brzucha. Bóle uniemożliwiają zupełnie ruchy, naśladując przez to niedowłady mięśniowe; chorzy starają się zachować całkowity bezruch, kurcząc się, lub usztywniając odpowiednio. Język jest zwykle suchy, obłożony. Gruczoły limfatyczne mogą być powiększone.

Już w pierwszych dniach choroby pojawić się może opryszczka na twarzy, zwykle na wardze. Znamiennym jest zaczerwienienie twarzy, podobne jak w tyfusie. Również w pierwszych dniach choroby ukazać się może wysypka, podobna do odry lub szkarlatyny, co staje się łatwo przyczyną pomyłki rozpoznawczej. W przeciwieństwie do tych chorób trwa ona jednak krótko. Wysypka w innych przypadkach zbliżona jest do pokrzywki, występuje wówczas zwykle na czole, pozostawiając twarz wolną. Kiedyindziej znów na pierwszy plan od samego początku wysuwają się objawy oponowo-mózgowe w postaci gwałtownych bólów głowy, światłowstrętu, wymiotów, sztywności karku, ogólnego bezwładu lub przeciwnie podniecenia ruchowego.

Z tego opisu okresu pierwszego choroby, który tu podajemy za Karwackim i Malinowskim, widać, że jej symptomatologia może być bardzo różnobarwna. Toteż w tym okresie zwykle rozpoznaje się inną chorobę zakaźną: początek zapalenia płuc, odrę, szkarlatynę, pokrzywkę, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, włośnicę itd.

Rozpoznanie wchodzi na właściwe tory z chwilą, gdy ukaże się żółtaczka, która występuje zwykle między 3-im i 5-ym dniem choroby. Żółtaczka ma różne nasilenie, wahając się między lekkim podżółtaczkowym zabarwieniem skóry, a żółtaczką bardzo silną, przechodzącą w kolor czarny *(melasicterus)*. Odcień żółtaczki jest często czerwonawy, co zależy od przekrwienia skóry, istniejącego równocześnie. W tym czasie mocz przybiera barwę ciemną, zawierając urobilinogen, bilirubinę i kwasy żółciowe. Stolce są żółte, choć niekiedy mniej żółte niż normalnie. Żółtaczce towarzyszy powiększenie wątroby i śledziony. Chorego męczy swędzenie skóry.

Z wystąpieniem żółtaczki gorączka, która miała dotąd charakter ciągły, stopniowo opada.

Częstym objawem choroby jest zapalenie nerek. Występuje białkomocz, dochodzący do 0.5—3.0 pro mille. Ilość moczu się zmniejsza i może wystąpić nawet krótkotrwały bezmocz. W osadzie stwierdzamy wałeczki szkliste i ziarniste, oraz białe i czerwone krwinki. Niekiedy stan nerek przechodzi w zapalenie krwotoczne. Obrzęków nie bywa. Pomimo zajęcia nerek ciśnienie krwi nie podnosi się nigdy, przeciwnie, najczęściej spada, dochodząc do liczb 80 a nawet 60 mm.

Tym objawom towarzyszyć mogą objawy skazy krwotocznej, które jednak są niestałe i nie zawsze wyraźne. Wprawdzie w Japonii i w Egipcie wysuwają się one na plan pierwszy i mogą być nawet śmiertelne, ale przypadki europejskie są zwykle łagodniejsze. Niekiedy występuje tylko niewielkie krwawienie z nosa lub dziąseł. W ciężkich przypadkach mogą pojawić się krwioplucia, wymioty krwawe, krwotoki jelitowe, petocie i nawet większe wylewy podskórne, co następuje zwykle w drugim tygodniu choroby.

Ze strony układu oddechowego mogą również przyłączyć się objawy w postaci nieżytu oskrzeli, a nawet ognisk odoskrzelowego zapalenia płuc. W ciężkich przypadkach do tego może się dołączyć niewydolność krążenia, zależna od zmian w mięśniu sercowym, która może doprowadzić do zejścia śmiertelnego.

W tym okresie choroby mogą się przyłączyć objawy oczne, jak niezwykle nastrzykanie powiek, zapalenie tęczówki albo nawet zapalenie nerwu wzrokowego.

Badanie krwi wykazuje od początku choroby leu-

kocytozę neutrofilną, później występuje limfocytoza i eozynofilia. Jeżeli w początkowych okresach choroby ilość białych ciałek jest zmniejszona, ma to znaczenie prognostycznie niepomyślne. Obok tego rozwija się mniejsza lub większa anemia. Opadanie krwinek jest wyraźnie przyspieszone, przy czym stan ten trwa długi czas jeszcze w okresie zdrowienia.

Po upływie 5—10 dni choroby gorączka zaczyna spadać *per lysin* i powraca zwykle w ciągu kilku dni do stanu prawidłowego. Stan ogólny się poprawia, żółtaczka się zmniejsza, objawy nerkowe ustępują, ilość moczu znacznie się zmniejsza.

Charakterycznym dla choroby Weila objawem jest spotykany często powrót gorączki, która się wzmaga po kilku (4—10) dniach bezgorączkowych, w czasie których stan chorego się poprawił i żółtaczka się zmniejszyła, nie ustępując jednak całkowicie. Nawrót gorączki, zaczynający się najczęściej w 15-ym lub 16-ym dniu choroby, niekiedy trochę później lub wcześniej jest według Karwackiego i Malinowskiego tak typowy, że niektórzy stąd stworzyli nawet nazwę całej choroby „żółtaczka zakaźna powrotna". Nowa gorączka trwa 2—10 dni, nie dochodząc zwykle do tej wysokości, na jakiej utrzymywała się poprzednio. Stan ogólny znowu się pogarsza, mogą znowu wystąpić objawy skazy krwotocznej, ponowne bóle mięśniowe i objawy nerkowe. Po kilku dniach, czasem później, nowa gorączka opada, objawy się cofają, ale okres zdrowienia trwa długo. Stan podgorączkowy może trwać tygodniami.

Możliwym jest jeszcze i drugi nawrót choroby, choć widuje się go rzadko. Być może, okresy bezgorączkowe są w związku z działaniem we krwi kwasów żółciowych na krętki, które zaczynają ginąć. Ale cofanie się żółtaczki i spadek zawartości kwasów żółciowych we krwi zwiększa żywotność krętków i jest właśnie przyczyną nawrotu.

Ogólne trwanie choroby wynosi zwykle 3—4 tygodni. Rekonwalescencja trwa bardzo długo. W tym okresie widuje się niekiedy plackowate wyłysienie głowy. Uszkodzenie wątroby może doprowadzić do jej marskości.

Śmierć następuje wskutek mocznicy. Śmiertelność wynosi 10—20%, w niektórych epidemiach na zachodzie, w Japonii i w Egipcie bywa większa, dochodzi nawet do 50%, u nas natomiast jest raczej mniejsza.

Przebycie choroby Weila chroni od ponownych zachorowań, a surowica takich osób aglutynuje hodowlę krętka.

Wielka różnorodność objawów w tej chorobie sprawia, że bardzo często nie wszystkie objawy występują typowo. Przede wszystkim bywają przypadki lekkie, podobne do zwykłej grypy, przebiegające bez żółtaczki. Jeśli nawet wystąpi żółtaczka, to choroba może się nie różnić od zwykłej żółtaczki nieżytowej. Dopiero wykrycie swoistej etiologii prowadzi na właściwą drogę. Ciękie przypadki natomiast bywają podobne do ostrego zaniku wątroby, przebiegając bardzo burzliwie i kończąc się śmiercią zwykle w drugim tygodniu choroby. Inne ciężkie przypadki kończą się śmiercią wśród objawów oponowych i mózgowych. W Japonii i w Egipcie nierzadko przyczyną śmierci bywają krwotoki. Przypadki bez żółtaczki, wcale nierzadkie (30—40%) bywają podobne do stanów septycznych z wysoką gorączką, bólami mięśniowymi, zajęciem nerek i objawami ze strony opon mózgowo-rdzeniowych. Ale najczęściej przypadki bez żółtaczki mają przebieg łagodny.

W innych nietypowych przypadkach na pierwszy plan wysuwają się objawy płucne i oskrzelowe i dopiero przyłączająca się żółtaczka oraz objawy nerkowe mogą naprowadzić na właściwe rozpoznanie.

Niektóre przypadki krętkowicy mogą przebiegać zupełnie jak zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych bez żółtaczki, bez ważniejszych objawów nerkowych i bez objawów skazy krwotocznej. Dopiero wywiady, silne bóle mięśniowe, nastrzykanie powiek oraz przebieg gorączki naprowadzają na właściwą drogę. Szczepienie płynu mózgowo-rdzeniowego świnkom morskim bardzo wcześnie, bo już w pierwszym tygodniu choroby, może wykryć obecność krętków.

Wobec wielkiej różnorodności objawów i rzadkości choroby rozpoznawanie jest trudne. Sporadyczne przypadki lub pierwsze przypadki rozpoczynającej się epidemii łatwo mogą być nie rozpoznane. Ale wywiady (zetknięcie się z zanieczyszczoną wodą), żółtaczka, bóle w łydkach, objawy nerkowe, krwawienia powinny zawsze zwrócić naszą uwagę i nakazują wykonać: szczepienie choroby świnkom morskim i próbę aglutynacyjną.

W pierwszych dniach choroby najlepiej szczepić świnkom morskim krew chorego do otrzewnej lub do serca. W późniejszym okresie wskazane jest natomiast wstrzyknięcie śwince morskiej moczu chorego w ilości kilku cm^3 do otrzewnej lub pod skórę. W 6—10 dni po zabiegu, a nieraz dopiero później, u świnki rozwija się żółtaczka na skórze i łapach, po czym w krótkim czasie świnka zdycha. Teraz u świnki można wykryć krętki w wątrobie i w nerkach w znacznej ilości. Pamiętać jednak trzeba o tym, że krętki o małej zjadliwości mogą nie zakazić świnek.

Próba aglutynacyjna, analogiczna do odczynu Widala w tyfusie brzusznym, ma bardzo duże znaczenie. Wypada ona dodatnio dopiero w drugim tygodniu choroby. Za odczyn dodatni uważa się zlepianie krętków przy mianie co najmniej 1:200. Próba ta wymaga jednak zastosowania jednocześnie różnych szczepów krętka, między szczepami bowiem mogą pod tym względem zachodzić dość znaczne różnice.

Próbowano także stosować dla celów rozpoznawczych odczyn odchylenia dopełniacza z antygenem krętkowym, ale próba ta nie znalazła jeszcze szerszego zastosowania. Posiewy krwi i moczu na odpowiednich pożywkach nie łatwo się udają i mają małe znaczenie praktyczne.

Przy ujemnym wyniku badania laboratoryjnego wskazane jest powtórzenie go po kilku dniach.

Leczenie choroby Weila dotychczas natrafia na pewne trudności. Salwarsan i preparaty podobne, które próbowano ze względu na analogię z kiłą, zupełnie zawiodły. Podobnie nie dają pomyślnych wyników sole bizmutowe. Leczenie wymaga przede wszystkim pobudzenia krążenia krwi, następnie odpowiedniego pożywienia. Dieta powinna być małosolna i bezbiałkowa z dużą ilością węglowodanów i małą ilością tłuszczu, tego ostatniego bowiem przy zastoju żółci chory ustrój nie zużytkuje. Przy nieżycie kiszek nie należy używać leków solnych, np. soli karlsbadzkiej, do stosowania której mogłaby skłonić żółtaczka. Wilgotne ciepłe okłady działają korzystnie na bóle mięśniowe. Przy bezmoczu wskazane jest dożylne wlewanie fizjologicznego rozczynu soli, oraz diatermia nerek.

Zasługuje na polecenie ochrona wątroby przez podawanie insuliny, najlepiej w małych ilościach po 5—10 jednostek 2 razy dziennie podskórnie, oraz w ½ godziny potem 40—50 g cukru gronowego celem złożenia glikogenu w wątrobie.

W ostatnich czasach zaczęto stosować leczenie specyficzne. Przez uodpornienie małych zwierząt laboratoryjnych, najlepiej królików, udało się otrzymać surowicę leczniczą, której stosowanie jest wskazane w każdym przypadku krętkowicy w ilości 10—20 cm^3, a w cięższych przypadkach nawet 40—60 cm^3 domięśniowo. Korzystnie działa także surowica ozdrowieńców. Ostatnio zakłady Behringa zaczęły wytwarzać surowicę leczniczą z krwi koni, uodpornionych kilkoma szczepami krętka.

W razie wybuchu epidemii choroby Weila wskazane jest szczepienie ochronne personelu szpitalnego i laboratoryjnego surowicą wielowartościową.

Profilaktyka wymaga przede wszystkim tępienia szczurów; dalej utrzymywania w czystości wód, rzek, stawów, ścieków, osuszania błot, wód stojących, przestrzegania czystości w rzeźniach, garbarniach.

W razie wystąpienia przypadku krętkowicy należy uważać na mocz chorego, który zawiera krętki, ewentualnie nawet odosobnić chorego na jakiś czas, póki wydziela krętki. Bieliznę chorego osobistą i pościelową należy odkazić.

W pracowniach, w których się szczepi zwierzęta, winny być przedsięwzięte największe ostrożności; wskazane jest tutaj szczepienie ochronne personelu.

Wśród zbiorowisk ludzkich w Japonii, zagrożonych zakażeniem (żołnierze, górnicy itd.) szczepienia zapobiegawcze dały znakomite wyniki. W Niemczech nakazano okólnikiem ministerstwa noszenie rękawiczek gumowych i okularów ochronnych przy operowaniu materiałem, zakażonym krętkami.

Polska ustawa o zapobieganiu chorobom zakaźnym i o ich zwalczaniu z r. 1935 nie zaliczyła krętkowicy żółtaczkowo-krwotocznej do chorób podlegających obowiązkowi zgłaszania, w przeciwieństwie do ustawy niemieckiej z r. 1939, która obowiązek ten przewiduje.

* * *

Na zakończenie warto dodać parę słów o osobie Weila, którego zasługi są niemałe, trzeba bowiem być bystrym obserwatorem, ażeby wyodrębnić jednostkę chorobową na podstawie samych tylko objawów klinicznych, nie znając właściwego czynnika chorobotwórczego.

Adolf Weil urodził się w r. 1848 w Heidelbergu, gdzie też studiował medycynę i otrzymał dyplom doktora medycyny w r. 1871. Po uzupełnieniu studiów w Berlinie i Wiedniu wrócił do rodzinnego miasta, gdzie odbył habilitację i został nadzwyczajnym profesorem medycyny wewnętrznej w r. 1876. Najważniejsza jego praca, ogłoszona w r. 1886, ma tytuł „Über eine eigentümliche, mit Milztumor, Ikterus und Nephirits einhergehende akute Infektionskrankheit“ i była drukowana w „Deutsches Archiv für klinische Medizin“, 1886 t. XXXIX. W roku ogłoszenia tej pracy został Weil powołany na katedrę medycyny wewnętrznej w Dorpacie, którą jednak musiał opuścić już w r. 1887 z powodu gruźlicy krtani, na jaką zapadł. Od tej pory praktykował w uzdrowiskach San Remo, Badenweiler i najdłużej w Wiesbadenie, gdzie też i umarł w r. 1916.

Z licznych jego prac zasługuje jeszcze na wyróżnienie dzieło „Handbuch und Atlas der topographischen Perkussion“ 1877, którego wyd. II z r. 1880 zostało przetłumaczone na język japoński.

* * *

W literaturze francuskiej choroba Weila nosi niekiedy nazwę choroby Landouzy albo choroby Mathieu, ci autorzy bowiem opisali ją w tym samym czasie jako „typhus hépatique“, Landouzy w r. 1883, a Mathieu w r. 1886. W rosyjskiej literaturze nazywają ją znowu niekiedy chorobą Wasiljewa, który opisał ją również, a to w języku rosyjskim w r. 1888 i po niemiecku w 1889 r.

Bekanntmachungen
und Verordnungen, die den Gesamtumfang der Gesundheitskammer betreffen

Regierung des Generalgouvernements
Hauptabteilung Innere Verwaltung
Abteilung: Gesundheitswesen

Krakau, den 11. März 1942.

BEKANNTMACHUNG

Betrifft: **Abgabe von Insulin aus den Apotheken.**

Aus gegebenem Anlass wird auf die Rezeptpflichtigkeit von Insulin erneut hingewiesen:

Auf Grund des § 12 der Verordnung des Ministers des Innern vom 28. August 1930 (Dz. U. R. P. 1931 Nr. 6, Pos. 30) „Über die Abgabe von Arzneien aus den Apotheken“ wird angeordnet:

Die Abgabe von Insulin einschliesslich evtl. Repetitionen darf pro Rezept 600 (Sechshundert) Einhei-

Obwieszczenia
i rozporządzenia dot. całokształtu Izby Zdrowia

Rząd Generalnego Gubernatorstwa
Główny Wydział Spraw Wewnętrznych
Wydział Spraw Zdrowotnych

Kraków, dnia 11 marca 1942.

OBWIESZCZENIE

Dot.: **wydawania z aptek insuliny.**

Z pewnych powodów zwraca się ponownie uwagę na obowiązek wydawania insuliny wyłącznie na recepty:

Na podstawie § 12. Rozp. Ministra Spraw Wewnętrznych z 28 sierpnia 1930 (Dz. U. R. P. Nr. 6 z 1931 poz. 30) o wydawaniu z aptek środków lekarskich zarządza się:

Wydawanie insuliny łącznie z ewentualnymi wydawaniami powtórnymi nie może przekraczać 600

ten nicht überschreiten. Die jeweils verabfolgte Menge ist auf dem Rezept unter Datumsangabe zu vermerken.

Sämtliche auf Insulin lautenden Rezepte sind in den Apotheken zurückzubehalten und als Abgabenachweis gesondert aufzubewahren.

Im Auftrage:
Dr. Weber
Pharmazierat

(sześciuset) jednostek na receptę. Ilość wydaną każdorazowo należy zaznaczyć na recepcie z podaniem daty.

Wszystkie recepty opiewające na insulinę należy zatrzymać w aptekach i przechować oddzielnie jako dowód wydania.

Z polecenia:
(—) **Dr. Weber**
Radca farmacji

Regierung des Generalgouvernements
Hauptabteilung Innere Verwaltung
Abteilung Gesundheitswesen

Krakau, den 23. Februar 1942

BEKANNTMACHUNG

Nachstehende Seren und Impfstoffe des Asid Serum-Institut verlieren ihre Gültigkeit in der Zeit vom 1. 2.—1. 3. 42.

Human: keine.
Veterinär:

1) Serorhusin . .	Serie	8	12. 2. 1942
2) Suifor	,,	30	1. 2. 1942
3) Suiforin	,,	3	1. 2. 1942
4) Antivad	,,	50	3. 2. 1429
5) Rhusiopatin . .	,,	301	9. 2. 1942
6) ,, . . .	,,	303	6. 2. 1942
7) ,, . . .	,,	304	14. 2. 1942

i. A.:
(—) **Dr. Kleber**

Rząd Generalnego Gubernatorstwa
Główny Wydział Spraw Wewnętrznych
Wydział Spraw Zdrowotnych

Kraków, dnia 23 lutego 1942

OBWIESZCZENIE

Następujące surowice i szczepionki firmy Asid-Institut surowic tracą swą ważność w czasie od 1. 2. do 1. 3. 1942:

Stosowane u ludzi: żadne.
Weterynaryjne:

1) Serorhusin	Seria	8	12. 2. 1942
2) Suifor	.,	30	1. 2. 1942
3) Suiforin	,,	3	1. 2. 1942
4) Antivad	,,	50	3. 2. 1942
5) Rhusiopatin . . .	,,	301	9. 2. 1942
6) ,, ...	,,	303	6. 2. 1942
7) ,, ...	,,	304	14. 2. 1942

Z pol.:
(—) **Dr. Kleber**

Kielce, 13 marca 1942

Ubezpieczalnia Społeczna w Kielcach
ogłasza

KONKURS

na następujące stanowiska:

1. Otolaryngologa w Kielcach z uposażeniem Zł 498.— miesięcznie plus Zł 90.— miesięcznie za gabinet.

2. Lekarza domowego U. S. w Kielcach z uposażeniem Zł. 740.— miesięcznie plus Zł 150.— miesięcznie za gabinet.

3. Lekarza domowego U. S. w Skarżysku-Kamiennej z uposażeniem Zł 740.— miesięcznie plus Zł 150.— za gabinet.

4. Lekarza domowego U. S. w Wiśniówce (8 km od Kielc) z uposażeniem Zł 444.— mies. plus Zł 90.— za gabinet.

5. Lekarza domowego U. S. w Seceminie (osada 4000 mieszkańców o 14 km od Włoszczowy) z uposażeniem Zł. 148.— miesięcznie plus Zł 30.— za gabinet.

Warunki objęcia powyższych stanowisk przewiduje się zgodnie z zasadami ogólnymi, wydanymi przez Główny Wydział Pracy w Rządzie Generalnego Gubernatorstwa z dnia 24. 6. 41.

Podania wraz z wymaganymi załącznikami należy składać w Ubezpieczalni Społecznej w Kielcach, ul. Aleksandra 3, do dnia 15-go kwietnia 1942 r.

Lekarz Naczelny:
(—) **Dr. N. Michałowicz**

Dyrektor:
(—) **Dr. W. Jokiel**

Tomaszów Mazow., dnia 14 marca 1942

Ubezpieczalnia Społeczna w Tomaszowie Mazow.
ogłasza

KONKURS

na stanowisko lekarza domowego z siedzibą w Radoszycach, pow. Koneckiego, z uposażeniem za 2 godziny pracy dziennej (Zł. 296.— plus Zł. 60.— za prowadzenie gabinetu).

Kandydaci na powyższe stanowisko winni odpowiadać warunkom przewidzianym w art. 3 „Zasad ogólnych w sprawie przyjmowania, pełnienia czynności i zwalniania lekarzy ubezpieczalni“, wydanych przez Główny Wydział Pracy w Rządzie Generalnego Gubernatorstwa w dniu 24. 6. 1941 r.

Podania wraz z dokumentami i własnoręcznie napisanym wnioskiem kierować należy do Ubezpieczalni Społecznej w Tomaszowie Maz. do dnia 15 kwietnia 1942 r.

Lekarz Naczelny:
(—) **Dr. M. Biernacki**

Dyrektor:
(—) **Dr. T. Osiński**

NIEDZIELNE DYŻURY LEKARZY
w Krakowie
na dzień 29. III. 42

Lekarze ogólni:
Dr. Kowalski Marian, Pędzichów 13
Dr. Kowarzyk Zofia, Brodowicza 14
Lek. Kozien Zofia, Helclów 3
Dr. Kramarzyński Adam, Mikołajska 26
Dr. Kropaczek Wilhelm, Kochanowskiego 16
Dr. Kulig Zygmunt, Pierackiego 5
Dr. Kusiak Marian, Łobzowska 8
Dr. Kierzyńska Rozalia, Potockiego 2
Dr. Kostecki Jan, Floriańska 15
Dr. Kurek Ludwik, Aussenring 57
Lek. Litwin Jarosław, Starowiślna 36
Lek. Lehman Tytus, Grunwaldzka 20

Chirurgowie:
Dr. Kowalczyk Jan, Dietla 83
Lek. Lelusz Lachowicz Zygmunt, Floriańska 31/8
Platz 24

Lekarz chorób skórnych i wenerycznych:
Lek. Krzyżanowski Marian Miecz., Adolf-Hitler-

Lekarz chorób kobiecych:
Dr. Mastalski Marian, Kraszewskiego 26

Lekarze chorób dziecięcych:
Dr. Löwenhoff Stefania, Bonifraterska 1/2
Dr. Kuligowa Janina, Pierackiego 5

Lekarze dentyści:
Dr. Czadowski Edmund, Piłsudskiego 11/a
Lek. Wołyńcowa Paulina, Batorego 24

Uprawniony technik dentystyczny:
Kowalski Roman, Szlak 41

Członkowie zawodów leczniczych, którzy przesyłają pieniądze do Izby Zdrowia w Krakowie przy pomocy przekazów pocztowych, powinni na odwrotnej stronie odcinka podać dokładnie na jaki cel przeznaczona jest odnośna kwota, np.:

„Prenumerata czasopisma „Zdrowie i Życie" za miesiąc ....",

„Składka członkowska działu zawodowego położnych" itd.

NIEDZIELNE DYŻURY LEKARZY
w Krakowie
na dzień 5. IV. 1942

Lekarze ogólni:
Dr. Malanek Adam, św. Wawrzyńca 40
Lek. Małachowski Józef, Rakowicka 6/2
Lek. Miklaszewski Wiktor, Pierackiego 7
Lek. Kubicki Stanisław, Pędzichów 19
Lek. Miś Marian, Mogilska 24
Lek. Maciejewski Juliusz, Bonerowska 9/5
Lek. Naskalski Dionizy, Al. 29 Listopada 70

Laryngolog:
Pachoński Antoni, Potockiego 3

Chirurg:
Knorek Jan, Potockiego 3
Dr. Filipczak Borys, Jabłonowskich 28

Lekarz chorób kobiecych:
Patryło Roman, Wielopole 8

Lekarz chorób dziecięcych:
Sokołowska Anna, Potockiego 8
Dr. Pająkowa Eugenia, Lubelska 24

Lekarz-okulista:
Uhl Adolf, Potockiego 13

Lekarz chorób wenerycznych i skórnych:
Dr. Lebioda Jerzy, Asnyka 3

Neurolog:
Siwiński Bolesław, Floriańska 19

Lekarze-dentyści:
Dr Fiut Julian, Sławkowska 24/a.
Lek. Brodkiewiczowa Zofia, Wielopole 6
Lek. Tołłoczko Halina, Potockiego 1

Uprawniony technik dentystyczny:
Biedroński Władysław, Basztowa 4.

NIEDZIELNE DYŻURY LEKARZY
w Krakowie
na dzień 6. IV. 1942

Lekarze ogólni:
Lek. Jaskot Józef, Starowiślna 33
Lek. Kaczówka Aleksander, Kremerowska 10
Lek. Kapeluś Wasyl, Mazowiecka 28/a.
Lek. Kędracki Antoni, Topolowa 35
Lek. Klimaszewska Augustyna, Krowoderska 46
Dr. Kłeczek Stanisław, Litewska 6
Lek. Komorowska Iwona, Świętokrzyska 2
Lek. Kordasiewicz Roman, Jasna 4
Lek. Korolewicz Wincenty, Augustiańska 5
Lek. Kostarczyk Antoni, Friedleina 12

Laryngolog:
Tumidajski Marian, Starowiślna 36

Chirurdzy:
Dr. Jasieński Jerzy, Kalwaryjska 7
Dr. Trella Julian, Orzeszkowej 9

Lekarze chorób kobiecych:
Dr. Jaugustyn Stanisław, Sławkowska 20
Dr. Konstantynowicz A., Dietlring 85

Lekarze chorób dziecięcych:
Jaskólska Justyna, Mogilska 16
Kołodyńska Zdzisława, Ujejskiego 9

Lekarze okuliści:
Dr. Pasierbiński Stefan, Długa 50
Lek. Heczko Paweł, Kościuszki 46

Neurolog:
Dr. Horodeński Józef, Zacisze 12

Lekarz chorób wenerycznych i skórnych:
Kukulski Zbigniew, Siemiradzkiego 3

Lekarze dentyści:
Lek. Kozakowa Olga, Dietla 105
Lek. Ambroszkiewicz Karol, Mikołajska 6
Lek. Aumüller Irena, Bronowicka 2

Uprawniony technik dentystyczny:
Wiśniewski Czesław, św. Marka 20

Druk: Z. K. W. Kraków, Universitätsstraße 19a